

Von der Bewegung für "gemeindenahe psychosoziale Versorgung" zum "Krieg den Drogen": eine Studie über die Definition sozialer Probleme

Humphreys, Keith; Rappaport, Julian

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Humphreys, K., & Rappaport, J. (1993). Von der Bewegung für "gemeindenahe psychosoziale Versorgung" zum "Krieg den Drogen": eine Studie über die Definition sozialer Probleme. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 17(3/4), 79-106.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249504>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Keith Humphreys & Julian Rappaport

VON DER BEWEGUNG FÜR „GEMEINDENAHE PSYCHO-SOZIALE VERSORGUNG“ ZUM „KRIEG DEN DROGEN“:

Eine Studie über die Definition sozialer Probleme * **

Während der Amtsperioden von Reagan und Bush in den 80er Jahren verloren die gemeindenahen psychosozialen Einrichtungen in den ganzen Vereinigten Staaten an politischer Unterstützung bei gleichzeitigen Einschnitten in der Vergabe von öffentlichen Mitteln für die Haushalte der Bundesstaaten (Mosher & Burti, 1989). Obwohl der Geist und die Werte der amerikanischen Bewegung für gemeindenähe psychosoziale Versorgung¹ in Selbsthilfegruppen und anderen Basisorganisationen außerhalb des öffentlichen Sektors weiterleben (Rappaport, 1992), besteht im großen und ganzen darüber Einverständnis, daß die föderal geförderte gemeindenähe psychosoziale Versorgung gestorben ist. Nach der „Beerdigung“ beschreibt der vorliegende Artikel nun, wie ein entfernter Cousin mit konservativem Gedankengut – öffentliche Drogen-Mißbrauchs-Programme – das Erbe der Bewegung für die gemeindenähe psychosoziale Versorgung antrat, bezogen auf deren finanzielle Mittel, Klientele und als Mittelpunkt der Aufmerksamkeit von Politik und Verwaltung und Öffentlichkeit.

Es wäre naiv und falsch anzunehmen, daß die US-Regierung die Unterstützung der Programme zur gemeindenahen psychosozialen Versorgung gestoppt hat, weil es keinen Bedarf mehr für solche Dienste gegeben hat. Tatsächlich gibt es keinen deutlicheren Beweis für die Notwendigkeit psychosozialer Dienste als die Probleme derjenigen, die sich in Amerikas immer weiter ausdehnendem Netz von staatlich geförderten Drogenberatungsinstitutionen einfinden: Obdachlosigkeit (Mavis, Humphreys & Stoffelmayr, 1990), häusliche Gewalt (Gorney, 1989), Depression, Ängste, Mangel an Bildung, Arbeitslosigkeit und fehlende soziale Bindungen (Stoffelmayr et al., 1989).

Im Unterschied zu den Drogenkonsumenten aus mittleren und oberen Bevölkerungsschichten, die sich eine Privatbehandlung leisten können, erfährt die Mehrheit der Personen, die in öffentlichen Institutionen Hilfe suchen, ihre Drogenprobleme

nicht im Rahmen gesicherter sozialer, wirtschaftlicher und psychologischer Ressourcen. In vielen Fällen, wie z.B. bei Obdachlosigkeit in den Großstädten, werden Alkohol und Drogen schnell zu einem der wenigen Lichtblicke im Tagesablauf. Wenn man davon ausgeht, daß die Personen, für die Amerikas staatliche Suchtbehandlungs-Programme konzipiert sind, Probleme in wirtschaftlicher, sozialer und psychologischer Hinsicht haben, ist es angebracht zu fragen, warum die Stellen, die diesen Personen helfen, „Drogenberatungs- oder Suchtbehandlungszentren“ heißen. Was ist so Besonderes am Drogenmißbrauch als Problem, daß daraus ein Berechtigungsschein für solche Hilfsmaßnahmen wie Unterkunftsbeschaffung, Lebensmittelversorgung, psychotherapeutische Beratung, Berufsberatung oder Stellenvermittlung und soziale Unterstützung wird? Warum hat die US-Regierung nicht einfach, wie früher geplant, viel mehr gemeindenähe psychosoziale Versorgungszentren und -programme unterstützt, um den Personen zu helfen, die jetzt Hilfe in öffentlichen Suchtbehandlungszentren erhalten?

Wie und warum die Reagan-Bush Administrationen Drogen-Beratungszentren mit der Rolle und mit den finanziellen Hilfsmitteln ausstatteten, die vorher für die Zentren für psychosoziale Versorgung und deren Programme gedacht waren, ist ein Fallbeispiel für die Definition sozialer Probleme und die Auswirkungen des politischen Klimas auf die Bereitstellung psychologischer Dienstleistungen, auf psychologische Forschung und auf Sozial- und Gesundheitsversorgung.

Durch die Analyse dieser Transformation soll im vorliegenden Text eine Selbstreflexion bei denen unter uns angeregt werden, die klinische Dienstleistungen in Suchtbehandlungs-Institutionen anbieten, die zum Drogenmißbrauch Forschung betreiben und die auf die Drogenpolitik Einfluß haben.

Wir weisen aber bereits hier darauf hin, daß, wenngleich wir der Transformation in einer sozialen Problemdefinition, wie die der Reagan-Bush Verwaltungen, kritisch gegenüberstehen, wir auch keine unkritische Nostalgie für die sozialen Problemdefinitionen der Bewegung für gemeindenähe psychosoziale Versorgung unterstützen. Soziale Probleme sind viel zu komplex, um durch eine einzige Perspektive völlig eingefangen werden zu können. Wir sehen eine bedachte kritische Haltung gegenüber der herrschenden Perspektive, welche immer diese zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt auch sein mag, als eine grundlegende Verantwortung von Sozialwissenschaften an.

Theoretischer Hintergrund

Wie kommt es, daß ein Thema wie Drogenmißbrauch oder psychische Krankheit als ein soziales Thema definiert wird? Woher kommen soziale Probleme und warum verschwinden sie? Obwohl Fragen wie diese so wichtig für die Psychologie sind, sind die meisten theoretischen Arbeiten, die dem Verständnis sozialer Probleme dienen sollen, außerhalb dieses Gebietes entstanden, die meisten in der Soziologie. Der Psychologe Henley (1986) machte als einziger in einer Zusammenstellung soziologischer Theorien über soziale Problemdefinitionen den Vorschlag: „Eine Erweiterung der traditionellen soziologischen Zugänge um eine psychologische Dimension schafft ein gewaltiges Verständnispotential dafür, wie Individuen Problemstellungen wahrnehmen, wie sich Definitionen ändern und unter welchen Umständen sie sich ändern.“ (S. 76, der Verf.). Insbesondere meint Henley, daß Psychologen Interesse an den subjektiven Merkmalen sozialer Probleme haben sollten, weil die Definition eines Problems hauptentscheidend für die Handlungen ist, es zu lösen. Außerdem kann die Untersuchung wie ein Problem definiert werden, selbst ein direkter Zugang zu Aktion und zu sozialem Wandel sein.

Das spezielle Modell der sozialen Problemdefinition, das auf diesem Weg weiterführt, ist das „claims-making model“ (Spector & Kitsuse, 1987). Das Wesentliche dieser Perspektive ist, daß die Definition eines sozialen Zustands (z.B. Alkoholismus, Obdachlosigkeit psychisch Kranker) als ein soziales Problem eine „claims-making activity“, also das Erheben eines Anspruchs auf Definition eines Problems ist. Soziale Zustände bestehen unabhängig davon, ob sie von claims-makers, also denjenigen, die einen Anspruch auf deren Definition als Problem erleben, wahrgenommen werden, aber sie werden nicht als „soziale Probleme“ angesehen, bevor sie nicht als solche bezeichnet werden. Individuen und Gruppen nehmen in Anspruch und stellen die Behauptung auf, daß eine soziale Bedingung ein soziales Problem ist, auf der Grundlage ihrer Motive, Interessen und Wertevorstellungen. Diese Behauptung kann von jedem geteilt werden, und der Prozeß verläuft häufig in Interaktion mit anderen.

Wenn z.B. in den USA ein Wähler einen Brief an seine Abgeordnete im Kongreß schreibt und sich beklagt, daß die Schule an seinem Wohnort mit veralteten Schulbüchern arbeitet, erhebt er den Anspruch darauf, diese Situation als problematisch zu definieren. Die Schulbücher waren selbstverständlich schon veraltet, bevor der Brief geschrieben wurde; was der Wähler tat, war: er stellte die Behauptung auf, daß die Situation problematisch ist. Wenn die Kongreß-Abgeordnete dann behauptet, daß veraltete Schulbücher nur ein Symptom für das größere Problem der fehlenden

staatlichen Finanzmittel im Erziehungswesen sind, stellt auch sie eine Behauptung darüber auf, was dieses Problem eigentlich ausmacht und definiert damit einen Anspruch, dies als Problem zu sehen.

Ein Lösungsversuch wird aller Wahrscheinlichkeit nach in Abhängigkeit davon erfolgen, wessen Behauptung und Anspruch akzeptiert wird. Die Lösung des Problems wird hauptsächlich dadurch bestimmt sein, wie das Problem definiert worden ist.

Obwohl es auch andere Perspektiven der Definition von sozialen Problemen gibt, wählen wir die Perspektive, Behauptungen und Ansprüche zu formulieren, weil sie die subjektiven, psychologischen Elemente von sozialen Problemen hervorhebt und weil sie einen Rahmen schafft, innerhalb dessen man die wesentlichen Fragen jeglicher Sozialen Problemanalyse beantworten kann, „Warum gerade dies?“ und „Warum gerade jetzt?“ (Ben-Yehuda, 1986). Für das vorliegende Thema werden wir uns also dieser Perspektive des Aufstellens von Behauptung und Anspruch bedienen, um zu beschreiben, warum Drogenmißbrauch ein Problem von Interesse in der Reagan-Bush Ära wurde, und warum psychische Krankheiten und ihre sozio-ökologischen Determinanten, wie sie von der Bewegung für gemeindenähe psychosoziale Versorgung konzeptualisiert wurden, als ein soziales Problem an Bedeutung verloren.

Was war die „Bewegung für gemeindenähe psychosoziale Versorgung“?

Die moderne Bewegung für gemeindenähe psychosoziale Versorgung war das Produkt von „claims-making“-Aktivitäten von Regierungskörperschaften, Politikern, Professionellen und Laien im Sozial- und Gesundheitswesen in den 60er Jahren. Eine vom Präsidenten ernannte Fachkommission für psychische Gesundheit (Joint Commission on mental health and illness) empfahl zu Beginn des Jahrzehnts, daß die Regierung, statt große psychiatrische Kliniken zu errichten, lieber für ein flexibles Netz psychosozialer Dienste für psychisch Kranke in den Gemeinden der Patienten sorgen solle. Dies enthielt im weitesten Sinne die Behauptung, daß ein Teil des sozialen Problems psychischer Krankheit darin besteht, daß die herkömmlichen psychiatrischen Dienste das normale Leben des Patienten unterbrechen und stören, weil sie ihn von seiner Gemeinde trennen (Cumming & Cumming, 1957).

Eine Vielzahl neuer Behauptungen und Ansprüche wurde inzwischen aufgestellt, und die amerikanische Bewegung für eine gemeindenähe psychosoziale Versorgung entwickelte sich in ein politisches wie auch therapeutisches Bestreben, mit der

Intention viele unterversorgte und unterprivilegierte Gruppen zu erreichen. Die Aktiven der Bewegung konzeptualisierten Lebensprobleme im Kontext von Armut und anderen Umwelt-Stressoren (Gesten & Leonard, 1987; Harrington, 1962), und einige einflußreiche Psychologen (z.B. Smith & Hobbs, 1966) sprachen sich dafür aus, psychische Krankheiten nicht als durch individuelle Schwäche oder Unmoral verursacht zu betrachten. Dies war im wesentlichen die Behauptung, daß von der Norm Abweichende, die soziale Kontrolle brauchen, oft ebenso sehr Opfer wie Schuldige und tadelnswerte Individuen seien (Ryan, 1971). Während die politischen Kräfte, die die gesetzlichen Regelungen für gemeindenahe psychosoziale Versorgung unterstützten, gewöhnlich liberal eingestellt waren (s. Kennedy, 1990), verursachten die „Dissidenten“ unter den Professionellen in diesem Berufszweig, die Aktivisten der Patientenrechtsbewegung, sowie das radikale politische Klima der 60er Jahre in der Bewegung eine noch stärkere Veränderungsorientierung, als es die Politiker ursprünglich beabsichtigt hatten (Rappaport, 1992).

Die gemeindenahe psychosoziale Versorgung wurde eine neue Verkörperung dessen, was amerikanische Sozialgeschichtler (z.B. Rothman, 1981) die Progressive Ära nennen. „Progressiv“ sollte in diesem Zusammenhang (und in diesem Artikel) nicht als ein Synonym für „gut“ genommen werden, sondern als die Bezeichnung für die Sozialphilosophie, die zu Beginn dieses Jahrhunderts vorherrschend war. Kurz gesagt, glauben amerikanische Progressive, daß eine Regierung ihre sozialen Kontrollverpflichtungen erfüllen kann, indem sie sich eher wie wohlwollende als wie strafende Eltern verhält.

Es ist wichtig einzusehen, daß nichts am sozialen Thema psychische Krankheit *per se* dafür spricht, daß es in Amerika eine Bewegung für gemeindeorientierte psychosoziale Gesundheit mit einer progressiven politischen Aussage gibt. Das soziale Problem psychischer Krankheit ist von Vertretern verschiedener Behauptungen und Ansprüche zu verschiedenen Zeiten und an unterschiedlichen Orten definiert worden. Zur gleichen Zeit, als die progressiven Mitglieder der amerikanischen Bewegung für die gemeindenahe psychosoziale Versorgung den Anspruch erhoben, daß die bürgerlichen Rechte der psychisch Kranken durch eine Politik der De-Institutionalisierung und alternativer gemeindenaher Dienste, die nicht die Opfer verurteilen, gewahrt wurden, benutzten in der Sowjetunion ganz andere Vertreter von Behauptungen und Ansprüchen das soziale Problem psychischer Krankheit als einen Vorwand, politische Dissidenten in Irrenhäuser einzusperren (Spector & Kitsuse, 1987). Jahrhundertlang wurde die „Lösung“ für das soziale Problem der Geisteskrankheit in Europa darin gesehen, die Verrückten (und darunter verstanden die

damaligen tonangebenden Meinungsführer geistesranke Personen, Kriminelle und die Armen; s. Foucault, 1965) in trostlosen Asylen einzusperren. Es ist noch gar nicht so lange her, daß man davon ausgeht, diese sozialen Probleme verdienten eher eine Behandlung als lediglich Bestrafung und Kontrolle. Welche Tendenz sich in einem bestimmten Bereich durchsetzt, das ist einer der Kämpfe, den die heutigen Vertreter unterschiedlicher Behauptungen und Ansprüche austragen.

In den 60er und 70er Jahren nahmen sich progressive Kräfte des Themas „psychische Krankheit“ an. Sie waren diejenigen, die bleibende Behauptungen darüber aufstellten, was eine Geisteskrankheit ist und wie man darüber denken und damit umgehen sollte. Was von den Standpunkten der gemeindenahen psychosozialen Versorgung blieb, nimmt auch heute noch einen Platz in der Sozialpolitik ein, wie in einem aktuellen Teil „Im Licht der Öffentlichkeit“ („Public Forum“) im *American Psychologist* zur Psychologie deutlich wird (Pallak, 1990), aber eine solche Denkweise liegt heute sicherlich nicht mehr im Aufwind.

Wenn eine progressive politische amerikanische Ideologie mit den Standpunkten der Bewegung für die gemeindenahe psychosoziale Versorgung verschmelzen konnte, lag es daran, daß es ein Wiederaufleben des Interesses am gemeindenahen Gesundheitswesen in der Amtszeit des einzigen Demokratischen Präsidenten, Jimmy Carter, in den 70er Jahren gab. Die ursprüngliche Gesetzeslage für die gemeindenahe psychosoziale Versorgung hatte zu einer allmählichen Verringerung des föderalen Engagements und der Förderungsgelder für die Zentren gemeindenaher Versorgung geführt, doch Carter konnte der Bewegung für gemeindenahe psychosoziale Versorgung neue Energien verschaffen. Beide, Jimmy und Rosalynn Carter, waren religiöse Humanisten, die eine neue „President's Commission on Mental Health“ ins Leben riefen, aus der 1980 der „Mental Health Systems Act“ hervorging. Dieses Gesetz, das die Erhaltung der bestehenden Zentren für psychosoziale Versorgung sichern und den Rahmen der gemeindenahen psychosozialen Versorgung erweitern sollte, um viele unterversorgte Gruppen (z.B. alte Menschen, Kinder, Arme) zu erreichen, wurde nach der Wahl von Ronald Reagan im Jahre 1980 kurzfristig abgeschafft.

Der Niedergang der Zentren für gemeindenahe psychosoziale Versorgung und der Aufstieg der Drogenbehandlung

Obwohl die Bewegung für eine gemeindenahe psychosoziale Versorgung umfassender war als jede einzelstaatliche Politik, wurden die staatlich geförderten Zentren

zu institutionellen Verkörperungen ihrer Wertvorstellungen und Ziele. Nach zwei Jahrzehnten kräftiger Unterstützung begann die amerikanische Regierung 1980 die finanzielle Unterstützung für gemeindenähe psychosoziale Zentren unter das zurückzuschrauben, was ursprünglich geplant gewesen war (Goperlud, Walfish & Broskowski, 1985). Mit dem „Omnibus Budget Reconciliation Act“ von 1981 reduzierte die Reagan Administration den föderalen Anteil an der gemeindenahen psychosozialen Versorgung, hob Carters „Mental Health Systems Act“ auf und ersetzte die direkte föderale Unterstützung für gemeindenähe psychosoziale Versorgung durch geringere pauschalisierte Unterstützungen für die einzelnen Bundesstaaten. Zu dieser Zeit waren erst 750 der beabsichtigten 2000 Zentren für gemeindenähe psychosoziale Versorgung errichtet (Mosher & Burti, 1989). Diese finanzielle Zerkürmelung ließ den Zentren für gemeindenähe psychosoziale Versorgung nur den Kampf ums Überleben (Goperlud, Walfish & Apsey, 1983) und erschütterte das gesamte Versorgungsfeld so stark, daß sogar ein eigener Sammelband des *Community Mental Health Journal* zum Thema: „Fiscal Survival of CMHCs in the 80s“ („Finanzpolitisches Überleben der Zentren für gemeindenähe psychosoziale Versorgung in den 80er Jahren“) (Sorenson, 1985) herausgegeben wurde.

Mit der Kürzung der Zuschüsse für gemeindenähe psychosoziale Versorgung machte die Reagan Administration deutlich, daß für sie das Problem psychischer Krankheit durchaus kein Problem von Gesellschaft und Umwelt, und daher auch nicht auf dem Wege einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung zu verbessern ist. Tatsächlich wurde in den Ausschreibungen für Drittmittelforschung des National Institute for Mental Health darauf verwiesen, daß soziale Probleme keine hohe Priorität haben. Als Ursache für psychische Krankheiten sollten vielmehr bio-medizinische Dysfunktionen bei psychisch kranken Menschen angesehen werden. Mit der Behauptung, daß die große Politik ihrerseits ein soziales Problem darstelle, kürzte die Reagan Administration viele soziale Programme und so auch die gemeindenähe psychosoziale Versorgung. Doch förmlich aus der Asche der alten Hilfe-Netzwerke entstanden Programme, von denen die Administration behauptete, daß sie ein „neues“ soziales Problem lösen würden: den Drogenmißbrauch. Wie schaffte die Administration diese Veränderung, und warum tat sie es? Um diese Fragen zu beantworten, muß man sich ansehen, auf welche Art Verwaltungen für gewöhnlich Behauptungen [Im Original: claims] über soziale Probleme aufstellen. Die offensichtlichste: finanzielle Mittel für ihre Lösung bereitzustellen. Während die Verwaltung die Mittel für gemeindenähe psychosoziale Versorgung kürzte, ließ sie immer größere Geldbeträge in Programme zur Verhütung des Drogenmißbrauchs fließen.

Abb. 1: Federal budget authority for substance abuse services, law enforcement, and interdiction in the Reagan-Bush Era.

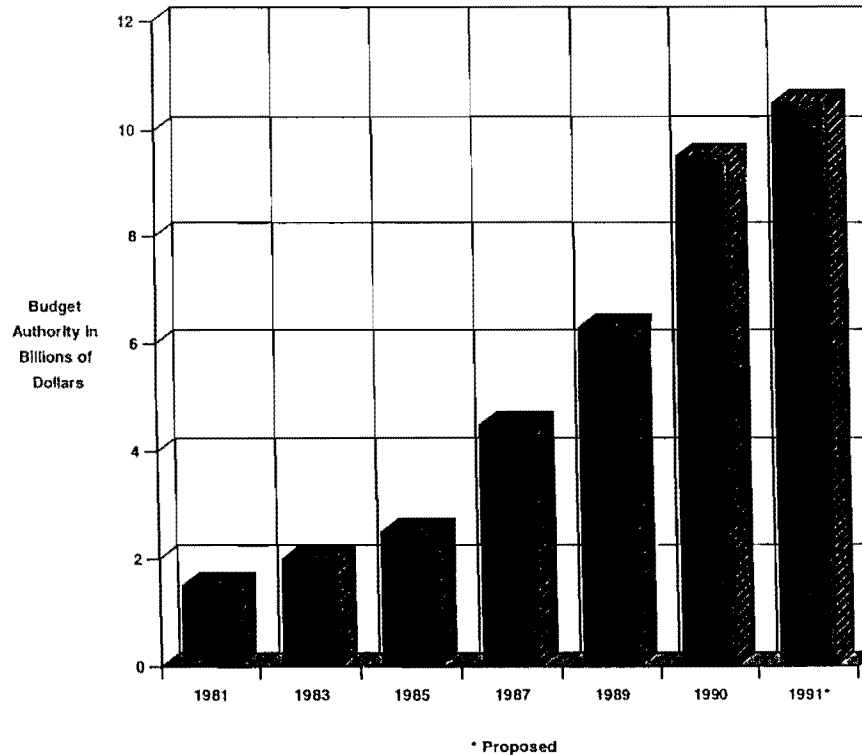


Abbildung 1, aus dem Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 1991 unter Präsident Bush entnommen (Office of Management and Budget, 1990), zeigt die Progression der föderalen Zuwendungen für die Durchsetzung von Verboten und Gesetzen sowie Behandlung und Vorbeugung bei Drogenmißbrauch. Zwischen 1981 und 1990 stieg die Finanzkraft für föderale Drogenprogramme um 578%. Zum Vergleich: der gesamte föderale Haushalt stieg im gleichen Zeitraum um 84,5% (Council of Economic Advisers, 1992). Präsident Bushs Plan für das Haushaltsjahr 1991 sah \$ 1.674 Milliarden für Drogenmißbrauchs-Behandlungen und \$ 1.396 Milliarden für Drogenmißbrauchs-Vorsorge vor, einschließlich Hunderten von Millionen Dollar für Drogenmißbrauchs-Forschungsgelder.

Schon immer sind Gefängnisse ein Teil des amerikanischen Drogenmißbrauchs-“Behandlungs-“Systems gewesen, aber die meisten Sozialwissenschaftler sind mehr daran interessiert, Formen der Bekämpfung des Drogenmißbrauchs zu finanzieren, die kriminal-justizielle Maßnahmen ausschließen. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Gelder, die für Einrichtungen und Dienste (Behandlung, Vorbeugung, Erziehung) und für Forschung zum Drogenmißbrauch zugewiesenen wurden, wurde dem US-Congreß im März 1990 (U.S. Congress, 1990) vorgelegt.

Tab. 1: Budget Authority Granted to U.S. Government Agencies for Substance abuse treatment, prevention, and education

Agency	1987 Actual	1988 Actual	1989 Actual	1990 Estimate	1991 Estimate
ADAMHA	737	740	1,119	1,834	2,019
HRSA	0,13	0,47	0,30	0,32	---
IHS	49,4	45,5	49,9	65,8	67,9
CDC	---	15	20	25	30,2
FDA	1,6	1,6	7,0	7,2	7,4
FSA	---	---	3	1	---
HDS	---	---	30	29,6	35,6
DOL	5,8	3,1	38,6	71,6	87,5
DOEd	200	230	376	563	628
VA	82,8	88,5	242	271,4	300
HUD	---	---	8,2	98,4	150

Legend:

All figures in millions of dollars.

--- = Not founded for substance abuse services in period

ADAMHA = Alcohol, Drug and Mental Health Administration

HRSA = Health Ressources and Service Administration

IHS = Indian Health Service

CDC = Center for Disease Control

FSA = Family Support Administration

HDS = Human Development Services

DOL = Department of Labor

DOEd = Department of Education

VA = Veterans Administration

HUD = Housing and Urban Development

Tabelle 1 zeigt, daß zwischen 1987 und 1989 deutlich mehr Gelder an unterschiedliche Institutionen vergeben wurden, mit einem weiteren Anstieg unter Präsident Bush. Die Höhe dieses Anstiegs (208% von 1987-1991) erstaunt um so mehr, wenn man den 77,3%igen Haushaltsanstieg des National Institute of Mental Health im gleichen Zeitraum zum Vergleich nimmt, und das trotz der großsprecherisch propagierten Initiative „Jahrzehnt des Gehirns“ dieser Institution. (NIMH Budget Office, persönliche Mitteilung, 16. Juni 1992). Augenzeugen bei den Kongreß-Anhörungen stellten fest, daß von 1980 bis 1989 die Forschungsgelder für das Nationale Institut für Drogenmißbrauch (NIDA) um 370% und für das Nationale Institut für Alkoholmißbrauch und Alkoholismus (NIAAA) um 486% gestiegen waren.

Abgesehen davon, daß sie den Drogenmißbrauch als ein Problem definierten, indem sie Gelder dafür ausgaben, hoben die Reagan-Bush Administrationen die Bedeutung dieses Problems auch hervor, indem sie 1985 ein Amt für Prävention des Drogenmißbrauchs, das Amt für Verbesserung der Behandlung 1990, den Kabinetts-posten des Drogenbeauftragten einrichteten, und auf Länderebene das Alter für Alkoholgenuß auf 21 heraufsetzten. Auch durch die Verabschiedung der Anti-Drogen-Gesetze von 1986 und 1988 verdeutlichte der Kongreß den Anspruch, daß Drogenmißbrauch eines der größten sozialen Probleme sei. Die Medien stimmten dieser Einstellung zu, indem sie dem Drogenmißbrauch erheblich vergrößerte Aufmerksamkeit schenkten (Goode, 1990).

Obwohl die Verteilung von öffentlichen Geldern und die Verabschiedung von Gesetzen für Verwaltungen der leichteste Weg ist, soziale Probleme zu definieren, können solche Behauptungen auch weniger offensichtlich abgegeben werden. Die bemerkenswerteste Art und Weise sind der politische und öffentliche Sprachgebrauch und die Metaphorik. In den 60er Jahren unterstützten die föderalen Verwaltungen die gemeindenähe psychische Gesundheitsversorgung nicht nur, indem sie Gelder zur Verfügung stellten, sondern auch dadurch, daß sie die Methoden und Belange dieser Bewegung legitimierten (Bachrach, 1988; Foley, 1975). Die Präsidenten Kennedy und Johnson waren einer Meinung in ihrer Unterstützung der gemeindenahen psychosozialen Versorgung als Teil ihrer Vision „Neue Grenzen“ (New Frontier) und „Große Gemeinschaft“ (Great Society). Im Mittelpunkt ihrer Botschaft stand eine bessere Gesellschaft, die auch die Menschen mit Lebensproblemen umfassen sollte. Sie versuchten, Aussagen zu vermeiden, die individuelle Charakterstörungen als Ursache sozialen Übels definieren.

Die Präsidenten Reagan und Bush haben stattdessen dem Drogenmißbrauch in Reden, hochrangigen öffentlichen Schreiben und Stellungnahmen und ihrer jährli-

chen Auflistung der nationalen Haushaltsprioritäten höchste Aufmerksamkeit gezollt. Die Aussagen und Behauptungen dieser beiden Präsidenten über das soziale Problem des Drogenmißbrauchs unterscheiden sich von denen, die Kennedy und Johnson über psychische Krankheiten machten. In einer symbolisch-interaktionistischen Analyse von Ronald und Nancy Reagan's „Krieg den Drogen“-Rede aus dem Jahre 1986 stellte Krug (1989) fest, daß die Reagans geschickt Rhetorik und Metaphorik einsetzten, um zu der Behauptung und dem Anspruch zu gelangen, der Drogenmißbrauch sei Amerikas wichtigstes soziales Problem. Die meisten amerikanischen Anti-Drogen-Kampagnen haben betroffene Kinder als Symbol benutzt (Morgan, Wallak & Buchanan, 1988), und die bewegende Schilderung des Elends eines Crack-babies von Nancy Reagan lag deutlich auf dieser Linie. Indem er sich an die vertraute Symbolik hielt, beschrieb Präsident Reagan Drogenabhängige als Menschen, die sich in dunklen Gängen verstecken und heimlich das Land zerstören. Das Bild eines psychisch Kranken, der sich bemüht, in die herrschende Gesellschaft einzupassen, wurde ersetzt durch das Bild einer bösen und amoralischen Person, die die herrschende Gesellschaft angreift.

Die Reagan-Bush Administrationen arbeiteten kontinuierlich an ihrer Behauptung, daß die moralischen Schwächen und Verfehlungen der Betroffenen am Drogenmißbrauch Schuld seien und nicht ungerechte soziale Bedingungen:

„Viel zu oft haben normale Bürger das Gefühl, daß sie wenig tun können, um komplexe nationale Probleme zu lösen. Aber beim Drogenmißbrauch ist das anders; hier handelt es sich um ein Problem, das durch die Anstrengungen individueller Amerikaner gelöst werden kann.“ (Ronald Reagan in: Drug Abuse Policy Office, 1982)

„Permissive Einstellungen machen Platz für ein Bewußtsein von Verantwortlichkeit [...] Gemeinsam beweisen wir, daß die moralische Stärke des amerikanischen Volkes eines der Probleme überwinden kann, die uns national und international am meisten herausfordern.“ (Ronald Reagan in: Drug Abuse Policy Office, 1984)

„Viele unserer derzeitigen Behandlungsprogramme tendieren dazu, den Heroinabhängigen als ein Opfer zu betrachten. Auch wenn Menschen Opfer des Heroingebruchs werden können, tragen sie doch weiterhin Verantwortung für die Gesellschaft. Behandlungsprogramme sollten diese Verantwortlichkeit anerkennen und bestärken.“ (Ronald Reagan in: Drug Abuse Policy Office, 1982)

„Der Süchtige ist sehr häufig nicht in der Lage, das aufrechtzuerhalten, was einem normalen Familien- oder Arbeitsleben ähnelt. Einige Süchtige versuchen vielleicht, Drogenhändler zu werden, um Geld zu verdienen, aber den meisten mißlingt dies, da es ihnen an genügend Selbstkontrolle fehlt, ihre eigenen Verkaufswaren nicht selbst zu verbrauchen.“ (In: Office of National Drug Control Strategy, 1989)

„Wenn ein Jugendlicher wegen illegalen Drogengebrauchs verhaftet und bestraft wird, geht davon eine Botschaft an seine Freunde und Schulkameraden aus, die sie vom Drogengebrauch abschrecken wird.“ (In: Office of National Drug Control Strategy, 1990)

Ebenso wie Rosalynn Carter sich mit der Bewegung für die gemeindenahe psychosoziale Versorgung befaßte, tat dies auch die First Lady Nancy Reagan, mit der berühmt gewordenen 3-Wort-Aufforderung „Just say No“ („Drogen, nein danke“), die die Natur der Drogenmißbrauchsprobleme aus Sicht von Reagan und Bush versinnbildlicht. Die Aussage von Nancy Reagan, ebenso wie die oben genannten Aussagen, spiegelten eine Sicht der Drogenproblematik wider, in der diese aus einem inneren Defekt des Betroffenen resultiert. Indem sie eine solche Sichtweise des Drogenmißbrauchs weiterführte, zog die Reagan-Bush Administration Vorteil aus der Haltung, die zum Drogenmißbrauch schon während der gesamten amerikanischen Geschichte herrschte.

Drogenmißbrauch: Das soziale Problem der konservativen Meinungsmacher

Wie schon erwähnt, lag das Problem, dem sich die Reagan Administration gegenüber sah, darin, daß das soziale Problem psychischer Krankheit von progressiven Meinungsführern definiert worden war. Es wäre 1980 sehr schwierig gewesen, umgehend ein neues Bild von psychischer Krankheit mit konservativer Agenda bei den im psychosozialen Sektor Tätigen sowie in der Bevölkerung zu zeichnen. Außerdem haben alle Verwaltungen mit dem Thema der sozialen Kontrolle derer, die abweichen, zu tun. Die Reagan-Bush Administrationen konnten den riesigen Apparat sozialer Kontrolle im Gesundheitswesen, in der Verbrechensbekämpfung und in der sozialen Wohlfahrt, der von den Progressiven besetzt worden war, nicht einfach ignorieren. Sie brauchten einen Weg, die amerikanische Politik der sozialen Kontrolle neu zu definieren, um ihre größeren politischen Ziele voranzutreiben. Das zu erreichen, verlangte, ein neues Set von Behauptungen und Ansprüchen zu sozialer

Devianz zu formulieren. Ihre Vorgänger hatten das Thema der psychischen Krankheit und deren sozialen Kontext benutzt, um ihre Behauptungen und Ansprüche aufzustellen, jetzt brauchten sie eine „neues“ Problem, zu dem sie neu Stellung beziehen konnten. Sie entschieden sich für das Problem des Drogenmißbrauchs.

Das soziale Problem des Drogenmißbrauchs ist in der gesamten amerikanischen Geschichte durch Behauptungen einer Gruppe definiert worden, die sich von der Bewegung für eine gemeindenähe psychosoziale Versorgung deutlich unterschied, nämlich von moralisch und kulturell konservativen Gruppen. Während der gesamten amerikanischen Geschichte haben diejenigen, die das Problem des Drogenmißbrauchs definierten und angriffen, eine ganze Reihe von Erklärungen benutzt, die man als „Modelle innerer Störungen“ definieren könnte. Diejenigen, die das Modell innerer Störungen unterstützen, behaupten, daß für den Drogenmißbrauch moralische oder physische Störungen beim Betroffenen verantwortlich zu machen sind, und nicht eine psychologisch, sozial, finanziell oder politisch zerstörende Umwelt. Drogenabhängige sollten einfach „Drogen – nein danke“ sagen können. Diese Ansicht soll nicht darüber hinwegtäuschen, daß Modelle innerer Störungen auch auf psychische Krankheiten angewandt werden.

Tatsächlich können wir voraussagen, daß psychische Krankheiten in steigendem Maße inneren Störungen zugeschrieben werden, wenn sozial konservative Meinungsführer weiterhin das Weiße Haus kontrollieren. Allerdings wurden historisch die Modelle innerer Störungen noch direkter auf das soziale Problem des Drogenmißbrauchs angewandt (s. Beauchamp, 1980; Morgan et al., 1988).

Die bekanntesten amerikanischen Meinungsmacher, die das Modell innerer Störungen bei Drogenmißbrauch nutzten, waren wahrscheinlich die Prohibitionsbefürworter, wie z.B. die Women's Christian Temperance Union. Diese Meinungsführer sahen den Drogenmißbrauch bedingt durch moralische oder Glaubensschwäche und Mangel an Willenskraft. In seiner schlimmsten Variante knüpfte dieses Modell an die Behauptung, Grund für solche moralische Schwäche sei die Minderwertigkeit einer anderen Rasse, so wie im 19. Jahrhundert die irischen Katholiken als moralisch schwache Alkoholiker charakterisiert wurden (Mc Pherson, 1988), oder wie der Haß auf die chinesischen Einwanderer die Anti-Opium-Kampagne um 1870 anheizte (Morgan et al., 1988), oder wie in den 30er Jahren mexikanische Einwanderer in Verbindung gebracht wurden mit Marihuanagenuß (Musto, 1991).

Die Anonymen Alkoholiker (AA) und die Anonymen Rauschgiftsüchtigen (Narcotics Anonym (NA)), die großen Einfluß sowohl auf das Behandlungssystem

für Drogenmißbrauch haben (Denzin, 1987) wie auch auf öffentliche Sichtweisen von Drogengebrauch, stellen ebenfalls die Behauptung auf, daß Drogenmißbrauch aus inneren Störungen resultiert.

Diese Gruppen brachten eine Sichtweise in die amerikanische Kultur, die Drogenmißbrauch als Krankheit mit moralischen, physischen und spirituellen Komponenten betrachtet. Das amerikanische Krankheitsmodell des Drogenmißbrauchs, daß durch die AA und NA stark beeinflußt wurde, ähnelt den moralisch-psychiatrischen Überzeugungen der 30er Jahre (Kurtz, 1990) und des 19. Jahrhunderts (Foucault, 1965), die keine deutliche Trennung zwischen einem medizinischen und einem moralischen Problem machten. Bei einem Modell innerer Störungen ist es weniger wichtig festzustellen, ob die Ätiologie der Störung biologisch, moralisch oder psychologisch ist; die Hauptaussage und Behauptung besteht darin, daß das Problem im Betroffenen selbst liegt und nicht in seiner Umwelt. Und genau diese Behauptung macht das Modell der inneren Störungen so attraktiv für politisch Konservative.

Wie Levine und Levine (1970, 1992) gezeigt haben, tendieren in politisch konservativen Zeiten die Erklärungen für Probleme dahin, intraindividuell zu sein, wodurch die politischen Machthaber zunächst einmal aus der Kritik und Verantwortung genommen sind.

Die Behandlungsmethoden, die aus einem solchen Modell resultieren, sind natürlich ebenfalls intraindividuell ausgerichtet – spirituelle Erleuchtung, Bestrafung durch moralische Verdammung oder Gefängnis, Psychotherapie und organ-medizinische Behandlung. Alle diese Zugänge sprechen die Regierung von Schuld und Verantwortung frei, indem sie implizieren, daß das Problem durch Faktoren verursacht wird, die „unter der Haut“ sitzen. Natürlich könnte eine Behörde ein oberflächlich gesehen progressives Programm aufnehmen, wie „geh und hilf denen mit inneren Störungen“, aber ein solches politisches Vorgehen, das man in der amerikanischen Politik sehr häufig antrifft, ist in Wirklichkeit äußerst konservativ, denn es akzeptiert die Behauptung, daß die politischen Machthaber für die Probleme der Individuen, die sie angeblich zu verbessern suchen, nicht ursächlich mitverantwortlich sind.

Diese Beobachtung macht verständlich, daß angesichts der Kürzungen bei vielen sozialen Programmen, einschließlich der gemeindenahen psychosozialen Versorgung in der Reagan-Bush Ära, das Netzwerk der öffentlichen Drogenbehandlung seine Blütezeit hatte. Die politischen Kräfte in der Reagan-Administration ersetzten das Problem, das historisch gesehen von progressiven Meinungsführern definiert worden war, durch eines, das historisch gesehen von Meinungsführern ihrer Richtung defi-

niert worden war. Die Regierung wollte nicht länger gemeindenahe psychosoziale Zentren (CMHCs) und die mit ihnen verbundenen Programme unterstützen, die *soziale und umweltbedingte* Ursachen für die Probleme ihrer Klienten in den Vordergrund stellen.

Vielmehr würde eine neue Gruppe von Meinungsmachern in öffentlichen Drogenberatungsinstitutionen, die sich oft in den wirtschaftlich und sozial gesehen trübseligsten Teilen dieses Landes befanden, die Behauptung verbreiten, daß ihre Klienten moralische, geistige und physische Störungen, *die in ihnen selbst begründet sind*, überwinden müssen. Dies war nicht das einzige Resultat aus dem Aufstieg des Drogenmißbrauchs in die Reihe der sozialen Probleme; es wurden auch neue Maßnahmen sozialer Kontrolle legitimiert, die im folgenden noch aufgeführt werden.

Ein weiterer Vorteil, den konservative Meinungsführer aus dem Drogenproblem zogen, ist, daß man es leicht dazu einsetzen kann, eine Erweiterung der Polizeigewalt zu rechtfertigen (Morgan et al., 1988). Als Beispiel lebensnaher Kunst enthielt der Film „Drugstore Cowboy“ aus dem Jahre 1989 eine Szene, in der ein Priester mit Grabesstimme, gespielt vom Songschreiber William S. Burroughs, folgendes in Worte faßte:

„Narkotika sind systematisch zum Sündenbock gemacht und verteufelt worden. Der Gedanke, daß jemand Drogen nehmen kann, um einem schrecklichen Schicksal zu entfliehen, ist für diese Idioten ein Greuel. Ich sehe, daß schon in naher Zukunft die Rechten die Drogenhysterie als Vorwand nehmen werden, einen internationalen Polizeiapparat aufzustellen.“

Um ihren Drogenkrieg auszufechten, hat die US-Regierung die Ausgaben für die Strafverfolgung enorm erhöht, und sie hat die Zuständigkeit des traditionsreichsten aller Behandlungssysteme für die moralisch Abweichenden erweitert: Gefängnisse. Die Reagan Administration sprach sich dafür aus, die Kapazität der Staatsgefängnisse zu verdoppeln, um Personen unterzubringen, die wegen Drogendelikten verhaftet worden waren (Morgan et al., 1988). Epidemiologische Daten aus dem Programm des National Institute of Justice's Drug Use Forecasting (Programm zur Voraussage des Drogenkonsums) wiesen darauf hin, daß sogar eine Ausweitung in dieser Größenordnung nicht ausreichend sei: die *Mehrheit* der Personen, die 1988 in Amerikas 22 größten Städten festgenommen wurden, waren Kokainkonsumenten (Wish, 1990).

Für die konservativen Meinungsführer stellt der Drogenmißbrauch auch ein hervorragendes Problem dar, weil es eine abenteuerliche Außenpolitik rechtfertigt. Die US-Invasion in Panama wurde u.a. auch damit gerechtfertigt, daß man Manuel Noriega des Drogenhandels verdächtigte. Ganz ähnlich konnte auch das amerikanische Verschiffen von Militärgütern nach Kolumbien und die Anwesenheit von US Militärberatern in Peru als Maßnahmen gerechtfertigt werden, den Drogenmißbrauch zu bekämpfen.

Schließlich bleibt noch einmal darauf hinzuweisen, daß der Drogenmißbrauch als soziales Problem auch als Begründung dienen kann, andere Rassen als moralisch schwach und verantwortlich für viele Probleme anzusehen. Schon früher sind die afrikanischen Amerikaner Teil des konservativen Kokainbildes in der amerikanischen Geschichte gewesen (Musto, 1991), aber vermutlich niemals mehr als heute. Indem sie die Afro-Amerikaner mit Kokain in Zusammenhang bringen, können die konservativen Meinungsmacher Maßnahmen einer bestrafenden sozialen Kontrolle gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe rechtfertigen, wie verstärkte Polizeikontrollen und Festnahmen. Statt eher progressiven Maßnahmen, wie mehr oder besseren Beschäftigungsmöglichkeiten und Anspruchsberechtigungen (Katz, 1989).

An dieser Stelle sollte man sich fragen, ob die Wahl des Drogenmißbrauchs und der Modelle innerer Störungen durch die Regierung auch die Sozialwissenschaftler beeinflusst, die sich mit Drogenmißbrauch und anderen Problemen der Menschen befassen.

Sozialwissenschaftliche Forschung zum Drogenmißbrauch

Wohin das öffentliche Auge sich richtet, das weiß jeder amerikanische Forscher, dort werden rasch auch Forschungsgelder und Veröffentlichungen folgen. Tatsächlich war die Zahl der Forschungsprojekte, die sich mit dem Thema Drogenmißbrauch befaßten, nie so groß wie heute. Und vieles innerhalb dieser Forschung paßt zum vorherrschenden politischen Ton dieser Zeit, weil die Behauptungen akzeptiert werden, die über den Drogenmißbrauch als soziales Problem aufgestellt wurden. Mit der Übernahme der Behauptung, daß Drogenmißbrauch eine Folgeerscheinung von inneren Störungen im Charakter oder in der Konstitution der betroffenen Personen sei, verhalten die Forscher sich so, wie sie es oft unwissenschaftlich tun – sie erhalten den Status quo aufrecht, indem sie sich unkritisch den Problemen gegenüber verhal-

ten, die ihnen von mächtigen anderen übergeben wurden (Seidmann, 1978; Prilleltensky, 1989).

Die meisten unserer gegenwärtigen Forschungsansätze akzeptieren die ihnen übernommene Sichtweise des Drogenmißbrauchs durch eine Fokussierung darauf, wie innere Störungen in der Biologie oder Persönlichkeit der Betroffenen zum Drogenmißbrauch führen. Drei von vielen möglichen Beispielen seien hier erwähnt: Die Präventionsprogramme zum Drogenmißbrauch, die Studie über Drogenmißbrauch und Persönlichkeit und die Forschung über die genetische Grundlage für Alkoholismus.

In einem Überblick über Präventionsprogramme zum Drogenmißbrauch, die von Sozialwissenschaftlern erarbeitet wurden, stellten Rhodes und Jason (1988) fest, daß die meisten Präventionsprogramme eher die Rolle von Personvariablen (z.B. kognitive Fähigkeiten, Verhaltens-Stil) bezogen auf Drogenmißbrauch untersuchen als ökologische Variablen, wie Armut und Umweltstreß. Diese Programme sehen typischerweise Fähigkeitsdefizite als Ursache für Drogenmißbrauch. Beauchamp (1980) meint, daß der Unterschied zwischen den Aussagen „Ich trinke auf Grund eines moralischen Defizits“ und „Ich trinke, weil ich ein Fähigkeitsdefizit habe“ mehr mit sprachlichen Konventionen als mit dem dahinterstehenden Denken zu tun hat.

In der gleichen Absicht zeigen Forscher auch weiterhin großes Interesse an Persönlichkeitsfaktoren, die Drogenmißbrauch verursachen, obwohl diese Forschungsrichtung nur wenig solide Resultate gebracht hat (Nathon, 1988). Ein Forscher, der die Datenbasis PSYCHLIT für den Zeitraum von Januar 1981 bis März 1992 auswertet, wird 170 Referenzen zu „Drogensucht und Persönlichkeit“ und 3 zu „Drogensucht und Armut“ finden. Weitere Suche nach Referenzen zum Drogenmißbrauch und anderen Themenbereichen, die mit dem Drogenmißbrauch in weiterem Zusammenhang stehen (sozio-ökonomischer Status, Umwelt, Benachteiligungen, kulturelle Deprivation, Ghettos, Armutsbezirke, soziale Themen, soziale Umwelt und niedriger Einkommensstatus (s. APA Index psychologischer Begriffe, Walker, 1991)), ergibt insgesamt 72 Referenzen und dies, wenn man gegen alle Wahrscheinlichkeit annimmt, daß keine der Recherchen die gleichen Artikel ausweist. Das gleiche Ergebnismuster wird gefunden, wenn statt Drogenabhängigkeit andere verwandte Index-Stichwörter (z.B. Drogenmißbrauch, Alkoholismus, siehe Walker, 1991) genommen werden.

Schließlich ist auch das große Interesse, das die Forscher an der genetischen Grundlage für Alkoholismus gezeigt haben, im Einklang mit der heutzutage vorherr-

schen Perspektive. Plomin und Rende (1990) haben kürzlich dazu geäußert, daß aus der Antipathie gegenüber der Verhaltensgenetik in den 70er Jahren eine Akzeptanz in den 80er Jahren wurde. In einem Überblick über die Nachweise zur genetischen Basis des Alkoholismus gelang Searles (1988) die scharfe Beobachtung, daß diese Forschung trotz ihrer Unzulänglichkeiten bereitwillig und unkritisch angenommen wurde. Searles (1988) führte weiter aus, daß, weil die genetische Forschung die Vorstellung unterstützt, Alkoholismus sei eine Krankheit, diese nicht einem ebenso hohen Beweisstandard wie andere Forschungsbereiche unterworfen wird.

Die Feststellung, daß die meisten heutigen Forschungs- und Therapiezugänge die Behauptungen akzeptieren, die von Konservativen zum Drogenmißbrauch gemacht werden, heißt nicht, sie zu verunglimpfen oder zu unterstellen, sie reflektierten nicht ein Stück der objektiven Realität. Es mag tatsächlich eine genetische Grundlage für einige Formen des Alkoholismus geben, und wenn dem so ist, wäre es sicherlich wichtig, sie zu verstehen. Was hier gemeint ist, ist, daß viel von unserem heutigen Zugang zum Drogenmißbrauch unkritisch das dominante politische Paradigma verstärkt, in dem eher das Individuum betrachtet wird als soziale Faktoren. Wenn solche Untersuchungen durch einen gleichgroßen Anteil an Forschung und Interventionen ausbalanciert wären, in deren Mittelpunkt umweltbedingte Ursachen stehen, gäbe es weniger Grund zur Sorge; aber dies ist nicht der Fall. Es ist ebenso naiv, den Drogenmißbrauch allein inneren Störungen zuzuschreiben, wie es sein würde, wenn man ihn völlig äußeren Defekten zuschreiben würde.

Auch ungeachtet der Spezifik des gegenwärtig vorherrschenden politischen Paradigmas, haben wir die Tendenz bei unserer politischen Analyse, „einseitig“ zu werden (Rappaport, 1981). Um diese Tendenz zu überwinden, müssen Sozialwissenschaftler Sozialkritik, Selbstreflektion und kreative Spannung in Debatten mit den Meinungsmachern der Regierung suchen und betreiben.

Der Preis für das Wissen um die Überbetonung des individuellen Defizitzugangs bei Drogenmißbrauch ist hoch. Betrachten wir einmal die Möglichkeiten, wie Sozialwissenschaftler das Problem des Drogenmißbrauchs neu definieren könnten (und einige – z.B. Denzin, 1987 – haben das bereits getan), indem sie ihre eigene Behauptungen und Ansprüche deutlich machen. Der Drogenhandel und -genuß in den Großstädten könnte als eine Folgeerscheinung des Mangels an lohnenden Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten angesehen werden. Wir könnten auch die Auswirkungen des rassistischen Verhaltens der Polizei bei Festnahmen im Zusammenhang mit Drogendelikten studieren oder die Auswirkungen der Dollar-Millionen, die Zigaretten- und Alkohol-Firmen für an Minderheiten gerichtete Werbung ausge-

ben. Oder wir könnten untersuchen, wie sich der Rassismus auf die Urteile der Menschen darüber auswirkt, ob Crackabhängigkeit oder Alkoholismus ein schlimmeres Problem ist. Wir könnten uns sogar dafür entscheiden, Drogenmißbrauch nicht für Amerikas schlimmstes soziales Problem zu halten, sondern vielmehr als Symptom für andere soziale, ökonomische und emotionale Schwierigkeiten (Blau, 1992). Aber dies ist nicht das Denken, das in letzter Zeit von Regierungsbeamten unterstützt wurde. Man könnte die Frage stellen, warum wir eigentlich so häufig ein Problem einfach so sehen, wie man es für uns definiert hat.

Wir stimmen der Beobachtung von Sarason (1976) zu, daß der Grund, warum die amerikanische Forschung so oft die vorherrschende politische Ideologie unterstützt, darin zu sehen ist, daß die Forschung gewöhnlich ihre Gelder von Personen bekommt, die ein begründetes Interesse an dieser Ideologie haben. Indem sie bestimmte Institutionen für die Lösung bestimmter Probleme mit Geldern versieht, setzt die Regierung Schwerpunkte hinsichtlich der Probleme, die als wichtig anzusehen sind und hinsichtlich der Art, wie sie untersucht werden sollten. Zum Beispiel wurden während der Amtsperiode von Reagan Gelder für die Forschung über Obdachlosigkeit hauptsächlich über das NIMH (Nationales Institut für psychische Gesundheit) und das Amt für Alkohol-, Drogenmißbrauch und das Psychosoziale Gesundheitswesen (ADAMHA) verteilt, und eher nicht über das Amt für Wohnen und Stadtentwicklung (Housing and Urban Development; HUD) (Freiberg, 1990; Levine & Rog, 1990). Um Förderungsmittel für eine Untersuchung über Obdachlosigkeit von der ADAMHA zu erhalten, muß ein Forscher für gewöhnlich Daten über Drogenabhängige oder geisteskranke Obdachlose sammeln. Eine Untersuchung der Beziehung zwischen dem Fehlen von preisgünstigen Wohnungen und Obdachlosigkeit bei psychisch gesunden Erwachsenen wird vermutlich nicht durch die ADAMHA unterstützt, da dies ein Thema für die HUD wäre – und die HUD hat erst kürzlich damit begonnen, Forschung zur Obdachlosigkeit zu unterstützen. Vielleicht ist dies ein Grund dafür, warum die meisten Forschungsberichte über Obdachlosigkeit das Modell innerer Störungen unterstützen, indem sie den Hauptblickpunkt auf Drogenmißbrauch bei Obdachlosen auf deren Psychopathologie und andere personenbezogene Untersuchungsvariablen richten (s. Kiesler, 1991; Toro, Trickett, Wall & Salem, 1991), eher als auf Personen, die obdachlos sind, weil ihnen der Zugang zu staatlich geförderten Wohnungen verwehrt wurde oder weil die Regierung ihre (Kriegs-)Hinterbliebenenrente kürzte (Blau, 1992). Die Regierung bekommt von den Sozialwissenschaftlern, die keine eigenen Positionen darüber aufstellen, wie Probleme definiert werden sollten, das, wofür sie gezahlt hat.

Mit dieser These wollen wir nicht unterstellen, daß es eine verschwörerische Beziehung zwischen Regierungsbeamten und korrupten Forschern gäbe. Politik-Soziologen wie Nicos Poulantzas (1973) haben argumentiert, daß die freundliche Beziehung zwischen der Regierung und dem „big business“ strukturell angelegt ist:

Die Interessen beider Gruppen sind ähnlich, und darum helfen sie sich natürlich gegenseitig, ohne daß dem eine Absicht oder Konspiration zugrunde liegt. Die Beziehung zwischen den Institutionen, die die Forschungsgelder bewilligen, und den Sozialwissenschaftlern könnte im selben Licht betrachtet werden. Ebenso wie die Regierung die Sozialwissenschaftler braucht, damit sie ihre Behauptungen untermauern, brauchen die Wissenschaftler Finanzquellen, um ihre Forschung durchführen zu können. Man kann viele Wege beschreiten, um soziale Probleme zu studieren, aber Tatsache ist, welchen Teil des Elefanten man anpackt, beeinflußt, wie ich diesen Elefanten verstehe. Die staatlichen Fördermittel, die eine konservative Verwaltung zur Erforschung und Bearbeitung des Drogenmißbrauchs vergibt, sind eine starke Anregung, den Blick auf die individuellen Faktoren bei Drogenmißbrauch zu richten. Die Unterstützungen einer progressiven Verwaltung können einen Forscher dazu führen, seinen Blick zu sehr auf umweltbedingte Ursachen eines sozialen Problems zu richten.

Was kann man tun?

Bis hierher haben wir erörtert, daß die konservativen Meinungsmacher in der Regierung seit 1980 den Drogenmißbrauch als ein „neues“ soziales Problem aufgriffen, da sie die Politik der Devianz-Kontrolle, die die progressiven Kräfte für sich beanspruchten, zu verändern suchten. Konservative Politiker propagierten einen neuen Ansatzpunkt, der deutlicher in Übereinstimmung mit der traditionell konservativen Sicht auf individuelle Störungen und moralische Charakterzüge war, anstatt die sozialen Gesundheitsdienste über die bestehenden Programme zur psychosozialen Versorgung zu unterstützen. Hierdurch führten die Politiker eine einseitige Analyse eines sozialen Dilemmas weiter, was im großen und ganzen unkritisch von der Forschergemeinschaft akzeptiert worden war.

Wir wenden uns nun Wegen zu, auf denen Psychologen, andere Sozialwissenschaftler und Professionelle helfen können, ein kritisches Bewußtsein bei denen zu entwickeln, die in Politik, Forschung und in der Versorgungspraxis tätig sind.

Psychologen, die sich für die Außenseiter der Gesellschaft einsetzen wollen, haben ein Interesse daran, Mythen zu zerstören, die dazu dienen sollen, soziale Ungerechtigkeiten zu rechtfertigen und Einzelpersonen die Schuld an sozialen Problemen aufzubürden (Seidmann & Rappaport, 1986). Die Position, innere Defektmodelle seien angemessene Erklärungen für alle Drogenprobleme (mit der Implikation, daß daher eine individuelle Behandlung soziale Übel kurieren kann), ist ein solcher Mythos, und Tausende von Behandlungsinstitutionen, aktiv unterstützt von einer konservativen Regierung und der passiven Billigung vieler Sozialwissenschaftler, überzeugen die Menschen davon, daß dies wahr sei. Es *ist* möglich, diesen geschlossenen Kreislauf zu durchbrechen. Dies zu tun, erfordert aber, daß wir erkennen, daß soziale Probleme „schlecht strukturiert“ sind (Mitroff, 1983).

Ein schlecht strukturiertes Problem ist eines, bei dem „verschiedene kompetente Beobachter mit guten Absichten legitim über die Art der Fragestellungen unterschiedlicher Meinung sein können – und nicht nur über ihre Antworten“ (Mitroff, 1983, S. 166). Mitroff argumentiert weiter, daß Konflikte zwischen verschiedenen Positionen nie für immer gelöst werden können, sondern in jeder Generation neu ausgetragen und neu definiert werden müssen. Also erfordert der Prozeß der Problemdefinition von den sich streitenden Meinungsmachern konstante Überprüfung und Aufmerksamkeit. Insbesondere sollten die Problemdefinitionen derjenigen, die die öffentliche Meinung für sich in Anspruch nehmen, der Meinungsführer in der Regierung, einer sorgfältigen Überprüfung unterworfen werden, weil eben hinter ihnen politische und finanzielle Ressourcen stehen. Wenn komplexe soziale Probleme von der Politik zu einer einzigen kausalen Erklärung reduziert werden (z.B. Mangel an Charakterstärke seitens des Individuum), laufen Sozialwissenschaftler Gefahr, ihre Fragestellungen so einzuengen, daß es schwierig wird, kreative Lösungen für soziale Probleme zu finden (Seidman, 1983).

Seidmann (1983) geht davon aus, daß die Forschung über solche schlecht strukturierten Probleme „dialektische Taktik“ nötig macht, wie z.B. zumindest zwei radikal unterschiedliche Wege zur Konzeptionalisierung des Problems zu beschreiten und zumindest zwei deutlich unterscheidbaren Positionen eine Rolle im Prozeß der Problemauswahl, -formulierung und -lösung zukommen zu lassen. Diese Taktiken dienen der Vermeidung der Dominanz einer einzelnen versimplizierenden Darstellung eines sozialen Problems. Im Zusammenhang mit Drogenmißbrauch könnten sie eingesetzt werden, die derzeitige Überbetonung der individualistischen Ursachenzuschreibung einzudämmen. Man könnte z.B. die Behauptung, daß Drogenmißbrauch ein individuelles Problem ist, ausbalancieren, indem man die radikal unterschiedliche

These aufstellt, daß die Institutionen, die sich mit dem Drogenmißbrauch befassen, Teil des Problems sind. Also könnte man, statt nur einfach die einzelnen Drogennutzer zu untersuchen, auch Behandlungsinstitutionen, Zuschüsse gebende Körperschaften und die Sozialpolitik untersuchen. Dies wird viel zu selten gemacht, und deswegen sind Drogenbehandlungs-Institutionen und die ihnen zugrunde liegende Politik eine „black-box“, die immun ist gegen wissenschaftliche und politische Kritik.

Das Bewußtsein über die konservative Hilfe-Ideologie dieser Institutionen zu fördern, wäre in Politik und Forschung nützlich. Es könnte auch nützlich sein, Personen, die in diesen Institutionen arbeiten, über die politischen Implikationen und über die Grenzen eines ausschließlich individuellen Defizitmodells zu unterrichten sowie sie über alternative Formen der Konzeptualisierung des Drogenproblems aufzuklären.

Eine weitere Möglichkeit, die Thesen anderer Richtungen in die Forschung über Drogenmißbrauch eingehen zu lassen, ist, intensive Forschung mit den (und nicht „über“ die) Menschen zu betreiben, die bei öffentlichen Drogenbehandlungs-Institutionen Hilfe suchen. Mit „intensiv“ meinen wir eine Forschung, die etwas über das wirkliche Leben der hier betroffenen, in Armut lebenden Drogengeißelten herauszufinden sucht (Kelly, 1990; Rappaport, 1990). Es ist viel leichter, ein Modell innerer Störungen aufzustellen, wenn man Angehörige der mittleren und oberen Klassen untersucht (Leighton, 1989), weil man dort auf dem Wege eines Ausschlußverfahrens vielleicht korrekterweise postulieren kann, daß deren Probleme vornehmlich „internal“ sind, weil ihre Umwelten relativ intakt sind. Wenn man Drogenkonsumenten mit niedrigerem sozioökonomischen Status untersucht, die in öffentlichen Institutionen behandelt werden, ist es wichtig, daß Sozialwissenschaftler diese Personen ihre eigene Geschichte erzählen lassen, anstatt diese für sie zu formulieren. Statt davon auszugehen, daß wir das Leben armer, ihrer Freiheit beraubter Drogenpatienten verstehen, sollten wir ihre Definition der Realität „zu Wort kommen lassen“ (Reinharz, 1988).

Wenn wir uns den Personen, auf die sich unsere Forschung bezieht, nur innerhalb der dominanten Kultur nähern, werden wir unsere Daten so interpretieren, daß sie zum Modell passen; denn, einfach gesagt, die Forscher und die in der Therapie Tätigen besitzen mehr Macht und Prestige als die in Armut lebenden Drogenabhängigen und Alkoholiker. Im Gegensatz zur aktuellen politischen Sicht ist unsere Erfahrung, daß es in den öffentlichen Institutionen viele Klienten gibt, deren Moral und Charakter ganz in Ordnung sind, aber man muß gewillt sein, diese Möglichkeit

zuzulassen, um sie untersuchen zu können. Praktisch bedeutet dies, keine Persönlichkeitsfragebögen auszuhändigen, ohne vorher die Klienten über die Umstände ihres Lebens befragt zu haben. Das heißt, Drogenabhängige lieber zu fragen, ob sie zu irgendetwas „ja“ sagen können, als festzustellen, warum sie nicht „nein“ gesagt haben.

Generell unterstützen wir die Bedeutung der Selbstreflektion von Forschern, denn der konstruktiven Handlung muß immer die Reflektion vorausgehen (Prilleltensky, 1989). Vor der Planung ihrer Untersuchungen sollten diejenigen von uns, die Forschung zum Drogenmißbrauch betreiben (eigentlich jede Art von Forschung), sich selbst Fragen stellen, wie „Für wen ist die Forschung?“, „Bestätige ich lediglich den Status Quo?“, „Wem wird es nutzen?“, „Inwieweit akzeptiert meine Methode die Problemdefinitionen anderer?“ und „Wessen Behauptungen akzeptiere ich?“. Wir haben unsere Meinung darüber vorgestellt, wie viele dieser Fragen von denjenigen beantwortet werden müßten, die heute in der Forschung zum Drogenmißbrauch tätig sind und die die Drogenpolitik gestalten. Wir hoffen, daß dieser Artikel alle, die in diesem Bereich arbeiten, ermutigt, Wege zu finden, um mehr zu tun, als nur passiv die Problemdefinitionen zu akzeptieren, die uns die für die Regierungspolitik Verantwortlichen präsentieren.

Anmerkungen

(*) Dieser Beitrag wurde auch veröffentlicht in AMERICAN PSYCHOLOGIST, 48, 1993, H. 8, 892-901 (engl.). Die Autoren haben ihn PSYCHOLOGIE & GESELLSCHAFTSKRITIK zur gleichzeitigen Veröffentlichung in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Translated with permission from The American Psychological Association (Copyright).

(**) Übersetzt von: Monika Niemann (FB 5, Fach Psychologie, Carl-von-Ossietzky Universität, Oldenburg (Oldbg.)) und Frank Nestmann (Institut für Sozialpädagogik und Sozialarbeit, TU Dresden)

(1) Hier übernehmen wir eine Definition des „Community Mental Health Movement“, wie sie von Rappaport (1992) beschrieben wurde. Sie bezieht sich eher auf ein weites Interesse an physischem, pädagogischem, psychologischem und sozialem Wohlbefinden, einer großen Vielzahl unterschiedlicher Gemeinden und Bevölkerungsgruppen, einschließlich der Randgruppen ohne soziale Macht, und nicht so sehr auf die ausschließliche Sorge für diagnostizierbare Störungen und Zentren für gemeindenähe psychosoziale Versorgung. Die Bewegung hatte ebenso politische und ideologische Ziele wie Ziele der ausschließlichen Förderung psychischer Gesundheit. Sie betont sozio-ökologische Mechanismen im Gegensatz zu rein internal verursachten Mechanismen, und sie vermeidet die Zuweisung der Schuld für Lebensprobleme an die Opfer (Ryan, 1971).

Literatur

- Bachrach, L. L. (1988). Progress in community mental health. *Community Mental Health Journal*, 24, pp. 3-6.
- Beauchamp, D. E. (1980). *Beyond alcoholism: Alcohol and public health policy*. Philadelphia: Temple University Press.
- Ben-Yehuda, N. (1986). The sociology of moral panic: Toward a new synthesis. *The Sociological Quarterly*, 27, pp. 495-513.
- Blau, J. (1992). *The visible poor: Homelessness in the United States*. New York: Oxford University Press.
- Council of Economic Advisors (1992). *Economic report of the president*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Cumming, J. & Cumming, E. (1957). *Closed ranks*. Cambridge: Harvard University Press.
- Denzin, N. K. (1987). *The recovering alcoholic*. Newbury Park, CA: Sage.
- Drug Abuse Policy Office (1982). *Federal strategy for prevention of drug abuse and drug trafficking*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Drug Abuse Policy Office (1984). *National strategy for prevention of drug abuse and drug trafficking*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Foley, H. A. (1975). *Community mental health legislation: The formative process*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage Books.
- Freiberg, P. (1990). Studies of homeless should broaden focus. *APA Monitor*, 10, pp. 28-29.
- Gesten, E. L. & Jason, L. (1987). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology*, 38, pp. 427-460.
- Goode, E. (1990). The American drug panic of the 1980s: Social construction or objective threat? *International Journal of the Addictions*, 25, pp. 1083-1098.
- Goperlud, E. N., Walfish, A. & Apsey, M. O. (1983). Surviving cutbacks in community mental health: Seventy-seven action strategies. *Community Mental Health Journal*, 19, pp. 62-76.
- Goperlud, E. N., Walfish, S. & Broskowski, A. (1985). Weathering the cuts: A Delphi survey on surviving cutbacks in community mental health. *Community Mental Health Journal*, 21, pp. 14-27.
- Gomey, B. (1989). Domestic violence and chemical dependency: Dual problems, dual interventions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, pp. 229-238.
- Harrington, M. (1962). *The other America: Poverty in the United States*. New York: Macmillan.
- Henley, N. M. (1986). Women as a social problem: Conceptual and practical issues in defining social problems. In: E. Seidmann & J. Rappaport (Eds.), *Redefining social problems* (pp. 65-79). New York: Plenum Press.
- Joint commission on Mental Health and Illness (1961). *Action for mental health*. New York: Wiley.
- Katz, M. B. (1989). *The undeserving poor: From the war on poverty to the war on welfare*. New York: Pantheon.

- Kelly, J. G. (1990). Changing contexts of the field of community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 18, pp. 769-792.
- Kennedy, E. M. (1990). Community-based care for the mentally ill: Simple justice. *American Psychologist*, 45, pp. 1238-1240.
- Kiesler, C. A. (1991). Homelessness and public policy priorities. *American Psychologist*, 46, pp. 1245-1252.
- Kurtz, L. F. (1990). Twelve step programs. In: T. J. Powell (Ed.), *Working with self help* (pp. 93-119). Silver Spring, Maryland: NASW Press.
- Krug, G. (1989). Rumors of war: Rhetoric and orientation in the Reagan's „War on drugs“ speech. *Studies in Symbolic Interaction*, 10, pp. 351-366.
- Leighton, A. (1989). Global and specific approaches to prevention. In: B. Cooper & T. Helgason (Eds.), *Epidemiology and the prevention of mental disorders* (pp. 17-29). London: Routledge.
- Levine, I. S. & Rog, D. J. (1990). Mental health services for homeless mentally ill persons. *American Psychologist*, 45, pp. 963-968.
- Levine, M. & Levine, A. (1970). *A social history of the helping professions*. New York: Appleton.
- Levine, M. & Levine, A. (1992). *Helping children: A social history*. New York: Oxford University.
- Mavis, B. E., Humphreys, K. & Stoffelmayr, B. E. (1990). A follow-up of the homeless in substance abuse treatment. Paper presented at the 98th Annual meeting of the American Psychological Association (august). Boston, Massachusetts.
- Mc Pherson, J. M. (1988). *Battle cry of freedom: The civil war era*. New York: Random House.
- Mitroff, I. I. (1983). Beyond experimentation. In: E. Seidman (Ed.), *Handbook of Social Intervention* (pp. 163-177). Beverly Hills: Sage.
- Morgan, P., Wallack, L. & Buchanan, D. (1988). Waging drug wars: Prevention strategy or politics as usual. *Drugs and Society*, 3, pp. 99-124.
- Mosher, L. R. & Burti, L. (1989). *Community mental health: Principles and practice*. New York: W. W. Norton.
- Musto, D. F. (1973). *The American disease: Origins of narcotics control*. New York: Oxford University Press.
- Musto, D. F. (1991). Opium, cocaine and marijuana in American history. *Scientific American*, 265, pp. 40-47.
- Nathan, P. E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychol.*, 56, pp. 183-188.
- Office of Management and the Budget (1990). *Budget of the U.S. Government FY 1991*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Office of National Drug Control Strategy (1989). *National Drug Control Strategy*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Office of National Drug Control Strategy (1990). *National Drug Control Strategy*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Pallak, M. (1990). Community based care for the mentally ill. *American Psychologist*, 45, p. 1237.

- Plomin, R. & Rende, R. (1991). Human behavioral genetics. *Annual Review of Psychology*, 42, pp. 161-190.
- Poulantzas, N. (1973). *Political Power and social classes*. London: NLB and Sheed and Ward.
- Prilleltensky, I. (1989). Psychology and the status quo. *American Psychologist*, 44, pp. 795-802.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, pp. 1-25.
- Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. In: P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, L. Jason (Eds.), *Researching Community Psychology* (pp. 51-63). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1992). The death and resurrection of a community mental health movement. In: M. Kessler, S. E. Goldston, J. M. Joffe (Eds.), *The present and future of prevention: In honor of George Albee* (pp. 78-98). Beverly Hills: Sage.
- Reinharz, S. (1988). The concept of voice. Paper presented in october at a conference on Human Diversity: Perspectives on people in Context, College Park, MD.
- Rhodes, J. E. & Jason, L. A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. New York: Pergammon Press.
- Rothman, D. J. (1981). *Conscience and convenience: The asylum and its alternatives in Progressive America*. Boston: Little, Brown & Co..
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York: Vintage books.
- Sarason, S. B. (1976). Community psychology and the anarchist insight. *American Journal of Community Psychology*, 4, pp. 243-261.
- Searles, J. S. (1988). The role of genetics in the pathogenesis of alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, pp. 153-167.
- Seidman, E. (1978). Justice, values and social science: Unexamined premises. *Research in Law and Sociology*, 1, pp. 175-200.
- Seidman, E. (1983). Unexamined premises of social problem solving. In: E. Seidman (Ed.), *Handbook of Social Intervention* (pp. 48-67). Beverly Hills: Sage.
- Seidman, E. & Rappaport, J. (Eds.) (1986). *Redefining social problems*. New York: Plenum.
- Smith, M. B. & Hobbs, N. (1966). The community and the community mental health center. *American Psychologist*, 15, pp. 113-118.
- Sorenson, J. E. (Ed.) (1985). Fiscal survival of community mental health centers in the 80s (Special Issue). *Community Mental Health Journal*, 21 (4).
- Spector, M. & Kitsuse, J. I. (1987). *Constructing social problems*. New York: Aldine de Gruyter.
- Stoffelmayr, B. E., Benishek, L. A., Humphreys, K., Lee, J. A. & Mavis, B. E. (1989). Substance abuse prognosis with an additional psychiatric diagnosis: Understanding the relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, pp. 145-152.
- Toro, P. A., Trickett, E. J., Wall, D. D. & Salem, D. A. (1991). Homelessness in the United States: An ecological perspective. *American Psychologist*, 46, pp. 1208-1218.
- United States Congress (1990). *Departments of labor, health and human services, education, and related agencies appropriations for 1991. Hearings before a subcommittee of the committee on appropriations*. Washington: U.S. Government Printing Office.

- Walker, A. (1991): Thesaurus of psychological index terms. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Wish, E. D. (1990). U.S. drug policy in the 1990s: Insights from new data from arrestees. *International Journal of the Addictions*, 25, pp. 377-409.

